

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

No

392

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Boruch PFEFFER

Né le 27 mai 1909, à Skalat (Pologne)

Fonctionnement

de la

Consultation de Nourrissons

annexée à la

Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine

(1934)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Boruch PFEFFER

Né le 27 mai 1909, à Skalat (Pologne)

Fonctionnement

de la

Consultation de Nourrissons

annexée à la

Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine

(1934)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1935

DOYEN.. G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.).. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri).. Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 Justin BESANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE.		BROCQ.	
AUBERTIN.		CADENAT.	
BRULÉ.		GATELLIER.	
CHABROL.		HEITZ-BOYER.	
CHIRAY.		MOURE.	
DONZELOT.		QUÉNU.	
DUVOIR.		SCHWARTZ.	
HARVIER.		VELTER.	
LIAN.			
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ÉCALLE.			
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Dont la vie de travail sera pour moi un
exemple que je m'efforcerai de suivre.*

A HÉLÈNE

En souvenir de son frère.

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR M. VOGELBAUM

De la Faculté de Médecine de Vienne

*Qui m'orienta vers la carrière médicale et
fut mon guide au cours de mes années d'études.*

A MES ONCLES

M. LE DOCTEUR S. VOGELBAUM, MM. L. VOGELBAUM,
N. HOCHBAUM

*Qui m'ont soutenu avec empressement et
affection pendant mes études médicales.*

*Qu'ils trouvent dans cet ouvrage l'expression
de ma gratitude et qu'ils croient à mon dévouement
sincère.*

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

M^{lle} BR. SZUREK, MM. S. HOCHCEJT, H. LORBERBAUM

*Qui furent les camarades des bons et des
mauvais jours. Qu'ils veuillent trouver ici l'ex-
pression de mon attachement fraternel.*

A TOUS MES AMIS

*En souvenir de nos années d'études en com-
mun.*

A MES MAITRES

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LÉVY-SOLAL

Accoucheur des Hôpitaux de Paris

C'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse.

Que ce soit pour nous l'occasion de lui exprimer notre reconnaissance pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service et de lui dire combien profonde est notre gratitude.

M. LE DOCTEUR R. CLÉMENT

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

Avec l'expression de notre gratitude pour ses précieux conseils dans la rédaction de cette thèse.

M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale de la Faculté
de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommages respectueux.

AVANT-PROPOS

Avant tout, il est un devoir qu'il nous tient à cœur d'accomplir : c'est celui d'exprimer notre profonde gratitude envers ceux qui, par leurs savantes leçons ou par leurs bienveillants conseils, ont dirigé nos premiers pas dans la carrière médicale. Il nous faudrait nommer chacun de nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux. Nous les réunissons tous dans une même pensée de reconnaissance et de respect.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE I. — <i>Consultation de nourrissons, terrain de lutte contre la mortalité infantile</i>	9
CHAPITRE II. — <i>Fonctionnement de la consultation de nourrissons annexée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine</i>	17
Consultation	17
Service social	19
Primes d'allaitement	20
Visiteuses à la maison	23
CHAPITRE III. — <i>Statistique pour l'année 1934</i>	25
A. — Nombre total des enfants suivis	25
B. — Mortalité	25
C. — Mode d'alimentation	26
D. — Poids moyen des enfants	26
E. — Rapport annuel du Service Social	28
RÉSULTATS	30
CONCLUSIONS	31
BIBLIOGRAPHIE	32

Fonctionnement de la Consultation de Nourrissons annexée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine (1934)

CHAPITRE I

Consultation de nourrissons, terrain de lutte contre la mortalité infantile.

Nous croyons utile, avant d'entrer dans le vif de notre sujet, d'appeler l'attention sur une question importante : la mortalité infantile. L'enfant du premier âge est le plus exposé à toutes les influences nuisibles d'ordre médical ou social. De tout temps les très jeunes enfants paient un large tribut à la mort et, malgré les efforts réalisés depuis des années, ce fléau continue à enlever à la société un enfant sur douze nés vivants, au cours de leur première année.

Le professeur Marfan nous dit dans l'introduction de son *Traité de l'Allaitement* : « Dans notre pays au début du xx^e siècle, sur 1000 enfants qui naissent il en meurt environ 160 dans la première année. » La mortalité infantile pour la période quinquennale de 1900 à 1905 est évaluée par le professeur Marfan à 16,4 %. Depuis cette époque, l'hécatombe infantile, grâce à la protection plus efficace de la maternité et à la meilleure connaissance des règles d'hygiène du premier âge, ne cesse de diminuer. Elle est de :

14 %	en 1918
9,2 %	en 1928
7,6 %	en 1932
7,5 %	en 1933

Le problème de la mortalité infantile est particulièrement important pour la France. M. Robert Debré conclut dans le compte rendu de « l'Enquête internationale sur la mortalité fœto-infantile » que chaque année il meurt en France de 60 à 70 mille enfants qui n'ont pas atteint l'âge d'un an. Il croit qu'un grand nombre de ces décès est évitable, car d'autres pays, placés dans des conditions économiques et sociales voisines, sont parvenus à abaisser plus que la France la mortalité dans le premier âge de la vie.

Ainsi l'Angleterre avait en 1901 un taux supérieur à celui de la France ; à partir de 1905 il diminue progressivement et atteint en 1933 le chiffre de 6,5 % contre celui de 7,5 % en France. En Allemagne le taux de la mortalité infantile était avant la guerre bien supérieur à celui de la France. Pendant et après la guerre, cette différence s'atténue au point de devenir minime au cours de ces dernières années.

Par une lutte énergique, il serait possible de réduire de moitié le taux de la mortalité infantile en France ; à ce résultat correspondrait une économie annuelle de plus de 30.000 jeunes existences.

Le médecin soutient la lutte contre la mortalité infantile en traitant les malades. Mais cela ne suffit pas, il doit se proposer la suppression de causes de décès qui peuvent être évitées et celles-ci sont nombreuses pendant l'enfance. En consultant les diverses statistiques, nous voyons que le nourrisson est surtout exposé au cours du premier mois de sa vie. La mortalité va en décroissant de la naissance jusqu'à l'âge d'un an. Voici les résultats établis par Maurel. Cet auteur, prenant comme point de départ un groupe de 1.000 nouveau-nés, a établi de la manière qui suit le nombre de

survivants et de décédés après les premiers jours, puis après chaque mois de la première année :

Après 4 jours	980,1	survivants,	19,9	décédés
— 30 jours	941,1	—	19,3	—
— 3 mois.....	905,5	—	16,4	—
— 9 mois.....	854,1	—	6,9	—
— 12 mois.....	833,8	—	6,3	—

La mortalité a son maximum au premier mois et surtout à la première semaine.

Trois périls essentiels, suivant l'expression de G. Mouriquand, menacent l'enfance :

a) LE PÉRIL CONGÉNITAL : débilité congénitale.

b) LE PÉRIL ALIMENTAIRE : troubles digestifs, défaut d'hygiène alimentaire.

c) LE PÉRIL INFECTIEUX : broncho-pneumonie, autres maladies infectieuses.

MM. Balestre et Giletta de Saint-Joseph, dans leur remarquable travail portant sur 13 millions d'habitants de la population urbaine de la France, trouvent que pour 1.000 décès d'enfants de 0-1 ans :

384,70 sont dus à la gastro-entérite ;

179 sont dus à la débilité congénitale ;

147,29 sont dus aux maladies des voies respiratoires (tuberculose exceptée).

Pour Paris ces trois causes ensemble réalisent le chiffre de 735,82 ‰.

De 1905 à 1914, sur 51.859 décès d'enfants au-dessous d'un an, il y avait :

15.986 dus à la diarrhée infantile

12.254 dus à la débilité congénitale

9.311 dus aux maladies des voies respiratoires

Pour la ville de Paris les chiffres relatifs aux années 1930 et 1931 sont les suivants :

ANNÉE 1930 :

Total de décès.....	3.689
Broncho-pneumonie.....	752
Diarrhée cholériforme.....	834
Débilité congénitale.....	810

ANNÉE 1931 :

Total de décès.....	3.371
Broncho-pneumonie.....	679
Diarrhée cholériforme.....	776
Débilité congénitale.....	752

La diarrhée cholériforme figure parmi les causes principales de la mortalité infantile. Marfan évalue au quart de décès globaux des enfants de 0-1 an la proportion due à la diarrhée infantile. Pour les autres auteurs le tribut mortel dû à la gastro-entérite doit être évalué entre $\frac{1}{3}$ et $\frac{1}{4}$ du total de décès. Nous avons plus haut emprunté à M. Mouriquand l'expression « péril alimentaire », qui englobe la gastro-entérite, les dyspepsies et les fautes d'hygiène alimentaire. En effet ces causes sont intimement liées. Le mode d'alimentation a une influence considérable sur la mortalité infantile. Budin a noté que pendant une semaine il est mort 30 enfants élevés au sein et 255 élevés artificiellement. Or plusieurs cas peuvent se présenter. Envisageons d'abord le cas le plus simple et naturel : l'enfant est allaité et soigné par sa mère ; cela ne veut pas dire que l'enfant est tout à fait à l'abri des dangers qui le menacent. La majorité des mères vivent dans une complète ignorance en ce qui concerne la manière d'élever leurs enfants. Elles ne savent pas que, souvent, sous les apparences de la santé, il se cache un développement insuffisant ou les manifestations latentes d'une maladie. Il faut savoir surveiller la croissance de l'enfant, instituer en temps utile l'allaitement mixte, diri-

ger le sevrage ; éviter les fautes à conséquences funestes que les préjugés et l'ignorance pourraient faire commettre aux mères les mieux intentionnées, dans les périodes critiques de la dentition, du sevrage et des grandes chaleurs. Néanmoins, ce mode d'alimentation dicté par la nature reste le meilleur préventif contre la mortalité infantile et c'est le devoir du médecin et hygiéniste de le propager et encourager, dans la plus large mesure possible.

Si pour l'alimentation naturelle certains principes de surveillance et d'éducation sont indispensables, leur nécessité se fait sentir d'autant plus pour l'alimentation mixte ou artificielle. Prenons le cas où l'enfant est soigné par sa mère, mais n'est pas allaité par elle, soit à cause de crevasses du mamelon ou hypogalactie qui l'ont rebutée, soit par égoïsme personnel, plus souvent par ignorance des dangers de l'allaitement artificiel. La mortalité de ces enfants est déjà beaucoup plus élevée. Ce n'est pas toujours que la mère peut se procurer du lait de bonne qualité ; un lait dont la production et la stérilisation sont organisées de façon à donner toute garantie. Et même ces circonstances réalisées, l'enfant élevé au lait de vache, bien portant en apparence et d'un poids normal, diffère de l'enfant à la mamelle par toute une série de caractères : pâleur et mollesse des chairs, digestion plus difficile, irrégularité de la courbe de poids, température oscillante, prédisposition aux affections digestives, aux affections septiques communes et surtout à l'hypotrophie et à l'atrophie. Là se trouve l'explication du peu de résistance qu'il offre aux causes de la mortalité.

La mortalité étant déjà assez grande chez ces enfants nourris artificiellement, mais soignés par leurs mères, la séparation complète de l'enfant de sa mère est la vraie cause des hécatombes d'enfants pendant les premiers mois.

« La séparation prématurée du nourrisson de sa mère a

des conséquences funestes. Elles sont d'autant plus néfastes que l'enfant est privé tout à la fois du lait maternel et des soins maternels. » (Professeur Couvelaire). La mère, souvent mal conseillée, non assistée moralement et matériellement pendant la gestation, n'a qu'un objectif : reprendre son travail aussitôt après l'accouchement pour gagner sa vie, tandis que l'enfant abandonné est élevé au biberon par une parente ou une sœur aînée.

C'est la situation du quart des mères de Paris et elle entraîne une mortalité minima de 50 % (Professeur Couvelaire, 1921).

En dehors de ces causes directes de la mortalité infantile, en dehors de la tuberculose qui, elle aussi, a ses victimes parmi les tout-petits, de la syphilis qui est surtout la « grande avorteuse », mais qui n'épargne pas les enfants de bas-âge, il nous faut énumérer deux grandes causes fondamentales quoique indirectes :

a) CAUSE D'ORDRE ÉCONOMIQUE. — Pauvreté et misère qui engendrent les maladies, contribuent à augmenter la mortalité infantile. Elles tiennent sous leur dépendance le surmenage, l'abandon de l'allaitement au sein, la malpropreté, etc...

b) CAUSE D'ORDRE PSYCHOLOGIQUE. — La négligence, les vices moraux, l'ignorance, une méconnaissance des préceptes de l'hygiène et les préjugés ; facteurs qui sont d'autant plus dangereux qu'ils marchent de pair avec la pauvreté.

Comme résultat de ce court aperçu sur les causes de la mortalité infantile, nous pouvons conclure que le péril alimentaire (la diarrhée infantile et les défauts d'hygiène alimentaire) est une des causes principales de la mortalité infantile, entraînant un nombre variant entre $1/4$ et $1/3$ du nombre total de décès des enfants de 0 à 1 an.

Or, si le péril congénital et infectieux est difficile à combattre parce qu'il dépend surtout du facteur économique et sanitaire, le péril alimentaire est celui qu'on peut le mieux réduire. La mortalité par gastro-entérite est essentiellement évitable. Budin l'a bien démontré par la comparaison des courbes de mortalité par diarrhée des enfants de 0 à 1 an dans la ville de Paris pendant l'année 1898, avec celles établies dans sa consultation de nourrissons à la même époque. Alors que dans la ville il mourait pendant certaines semaines jusqu'à 240-280 enfants, à sa consultation la mortalité par affections du tube digestif était réduite à zéro.

Il fallait donc créer des institutions destinées à assurer collectivement une direction rationnelle de l'alimentation, à combattre les préjugés et l'ignorance, à encourager l'alimentation maternelle et surveiller les enfants. De cet état de choses sont nées les consultations de nourrissons et c'est à Budin que revient le grand mérite de les répandre et d'assurer leur grand développement à Paris et dans la province. Bien organisée, une consultation de nourrissons, assure la surveillance médicale et hygiénique de tous les enfants du premier âge ; elle permet par les examens périodiques de contrôler l'alimentation de l'enfant, de déceler en temps utile les symptômes commandant une intervention assez précoce pour prévenir l'évolution d'un état morbide. En même temps, la consultation de nourrissons rend possible l'éducation de la mère et lui apprend à observer les règles de puériculture ; car une consultation de nourrissons est une école de puériculture. On apprend aux mères à élever leurs enfants d'une manière rationnelle, c'est-à-dire au sein, toutes les fois que cela sera possible et aussi longtemps qu'on le pourra demander. On surveille l'allaitement mixte lorsque l'allaitement au sein ne peut pas, ou ne peut plus être pratiqué seul.

La consultation de nourrissons propage au loin la bonne doctrine et fait pénétrer dans le peuple les notions de

l'hygiène alimentaire des nouveau-nés. C'est ainsi qu'elle contribue à diminuer la mortalité, non pas seulement parmi les nourrissons qu'elle surveille, mais aussi parmi ceux bien plus nombreux qui ne fréquentent aucune consultation.

En effet, chaque mère éduquée devient elle-même dans son milieu une propagandiste pour les principes rationnels d'alimentation des enfants et lutte elle-même, avec plus d'autorité que ne pourraient le faire souvent les médecins, contre des préjugés séculaires.

L'importance des consultations de nourrissons est grande tant au point de vue de la lutte contre la mortalité infantile qu'au point de vue du développement physiologique de l'enfant, de la prophylaxie des maladies et de l'hygiène du nourrisson.

CHAPITRE II

Fonctionnement de la consultation de nourrissons annexée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

Nous envisagerons dans ce chapitre :

la façon dont s'effectue la consultation,
le service social,
les primes d'allaitement,
le rôle des infirmières visiteuses.

Consultation.

La consultation a lieu trois fois par semaine : tous les lundis et jeudis le matin et les samedis après-midi. Le local actuel étant insuffisant, des efforts ont été faits pour remédier à cet inconvénient, et dès maintenant l'installation d'un local conforme aux règles d'hygiène les plus modernes est en voie de réalisation. Ce local, qui se trouvera au premier étage, comprendra une grande salle d'attente, deux séries de boxes pour déshabiller les enfants séparément, une salle de pesées, deux cabinets médicaux, des boxes pour rhabiller les enfants examinés, enfin plusieurs boxes pour les enfants suspects. Un endroit spécial sera réservé pour les voitures d'enfants qui resteront à l'abri pendant l'hiver. De cette façon, on évitera la brusque tran-

sition entre la température de la salle de consultations et celle des voitures froides et humides. Les boxes réservés pour les enfants suspects communiqueront directement avec le cabinet médical et auront une sortie particulière. Ces enfants seront examinés dans les boxes mêmes ; ainsi la séparation complète des enfants malades des sains sera suffisamment assurée, et toute contamination possible évitée.

Pour le moment, à leur arrivée à la consultation, les mères sont reçues dans une vaste salle d'attente située au rez-de-chaussée. Là les enfants sont immédiatement soumis au triage, et ceux qui toussent ou présentent une éruption sont séparés des autres.

Pour chaque enfant lors de sa première consultation, on remplit :

- a) *Une fiche médicale de l'enfant ;*
- b) *Un dossier social concernant la famille, qui comprend :*
 - 1^o Une fiche sociale ;
 - 2^o Une fiche médicale ;
- c) *Une feuille de pesées, celle-ci gardée par la mère et présentée à chaque consultation suivante.*

Les mères déshabillent leurs enfants, posent les vêtements dans un panier en fil de fer facile à stériliser et apportent les nourrissons au fur et à mesure à la première assistante chargée de pesées. On note le poids et on pointe les présences sur les feuilles de pesées, que les mères remettent au médecin lorsqu'elles passent à leur tour dans le cabinet médical. Ici l'enfant est examiné d'une façon précise par le médecin en chef et son assistant. Le médecin jette un coup d'œil sur la feuille de pesées pour s'assurer du poids de l'enfant, il examine son état général ses fontanelles, le foie, l'ombilic, la rate.

Si l'enfant est souffrant ou offre des particularités, elles sont notées sur l'observation.

Le médecin interroge ensuite la mère, s'assure du régime, donne de vive voix ses conseils ou des prescriptions et indique les modifications du régime s'il y a lieu. Des médicaments sont prescrits et très souvent distribués gratuitement à la consultation même.

La direction médicale, si importante dans une consultation de nourrissons, est assurée par M. Clément qui, par les connaissances techniques nécessaires aux fonctions dont il assume la charge, offre la meilleure garantie du succès de notre institution.

De grands services sont rendus par les infirmières assistantes qui aident à la consultation en pesant les enfants et tenant leurs registres. Elles entrent en relation avec les mères, auxquelles elles apportent des secours matériels et une assistance morale, si utiles dans maintes circonstances.

Service social.

Le service social de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine comprend :

L'Appui Maternel ;

La Société des Amis de l'Hôpital Saint-Antoine ;

La Mutualité Maternelle ;

L'Œuvre du Service social à l'hôpital.

Toutes ces œuvres sont réunies dans une étroite collaboration.

L'Appui Maternel (reconnu d'utilité publique). Son but est de lutter contre la mortalité infantile et d'aider aux femmes en couches nécessiteuses, abandonnées, mères de familles nombreuses.

Ses moyens sont : visites régulières à la Maternité et chez les sages-femmes agréées, secours en espèces aux mères

qui nourrissent elles-mêmes leurs enfants, secours de loyer, secours en nature par distribution de layettes, dons de berceaux, de vêtements, charbon, lait, etc.

La Société des Amis de l'Hôpital Saint-Antoine a pour but l'amélioration des conditions matérielles dans l'hôpital même à l'aide de dons, soit en argent, soit en nature. Elle tente d'améliorer les conditions d'hygiène de la vie journalière et du logement des malades, et s'occupe des enfants.

La Mutualité Maternelle de Paris (reconnue d'utilité publique) a pour but la protection maternelle et infantile. Ses moyens sont :

Visites régulières aux femmes en état de gestation et en couches.

Envoi aux consultations de puériculture et de première enfance.

Moyennant une cotisation annuelle, toute sociétaire participante de la Mutualité Maternelle de Paris, inscrite dix mois avant son accouchement, reçoit une prime de natalité. En outre, les assurées qui suivent régulièrement les consultations reçoivent des dons en nature : objets de layettes, bords de lait, enfin les primes d'allaitement.

Primes d'allaitement.

Nous insisterons un peu plus sur la question de primes d'allaitement dont l'importance au point de vue de l'encouragement à l'allaitement maternel nous paraît grande.

Le conseil qui domine la puériculture est celui de faire bénéficier l'enfant du lait maternel, l'aliment-type que rien ne peut remplacer. Les résultats obtenus à ce sujet seront le meilleur critérium pour juger de la valeur d'une consultation de nourrissons, le développement de l'allaitement maternel apparaissant comme le moyen le plus efficace d'abaisser la mortalité infantile.

L'institution de primes d'allaitement, par les encourage-

ments qu'elle procure, aide efficacement les propagandistes et les infirmières visiteuses à décider un plus grand nombre de mères à pratiquer l'allaitement au sein.

La propagande seule, si intensive qu'elle soit, ne peut aboutir à des résultats satisfaisants sans moyens pour faciliter aux mères nécessiteuses d'allaiter leurs enfants. Dans la première partie de cette étude, nous avons vu qu'à côté de causes physiologiques et pathologiques de la mortalité infantile, il existe un facteur très important, le facteur économique.

Les statistiques de Bertillon (citées par Nobécourt et Schreiber), sur la répartition de la mortalité infantile dans les arrondissements de Paris, montrent qu'elle était à son époque de :

102 ‰	dans le	VIII ^e
142 ‰	—	VII ^e
240 ‰	—	XIX ^e
242 ‰	—	XX ^e

Dans les deux quartiers populaires, elle était donc le double de ce qu'elle était dans les deux quartiers aisés.

Une enquête menée à ce sujet par le Bureau des Enfants des Etats-Unis (Childrens Bureau U. S. Department of Labor) en 1915, aboutit à la conclusion que le taux de la mortalité infantile monte à mesure que le salaire du père descend.

D'ailleurs, ce grand pourcentage de mortalité infantile dans les classes pauvres se comprend facilement. Si l'allaitement maternel et la surveillance de la diététique, si l'intervention sont faciles et efficaces dans les familles aisées, elles le sont beaucoup moins parmi la population ouvrière. Le travail des femmes, qui les appelle hors de leur domicile, l'ignorance, le défaut de surveillance médicale, l'insuffisance des ressources, empêchent souvent les mères de nourrir leurs enfants et font que l'alimentation, abandonnée à leur

seule initiative, aboutit dans nombre de cas à des résultats déplorables. Des mesures sociales et sanitaires destinées à protéger la classe ouvrière contre les défauts et les insuffisances matérielles et sociales sont nécessaires.

La loi de Strauss a marqué la première réalisation importante dans ce domaine. Elle favorise le repos de la mère pendant les quatre semaines qui suivent l'accouchement et elle institue un premier encouragement à l'allaitement maternel, en augmentant l'indemnité journalière versée après la naissance à la femme qui nourrit son enfant. A la prime de repos venait s'ajouter une prime d'allaitement, qui était limitée d'abord à la durée de la prime de repos (quatre semaines). La loi de 1919 est venue apporter une amélioration sensible, en étendant à une année le délai pendant lequel la prime d'allaitement est versée.

Pour l'obtenir il suffit de produire un certificat médical constatant que l'enfant est allaité au sein et qu'il reçoit les soins d'hygiène.

L'effort fait par les budgets publics dans le domaine de l'encouragement à l'allaitement maternel est très utilement secondé par les initiatives privées. Les « Mutualités maternelles », dont le but est de favoriser le repos de la mère et l'accomplissement par elle de ses fonctions nourricières en faisant appel à la prévoyance, ajoutent à l'allocation versée pendant le temps de repos imposé à la mère, une allocation supplémentaire à la femme qui allaite.

Cette allocation minima, qui vient s'ajouter aux allocations versées sur les fonds publics, permet à la mère d'être, lorsqu'elle est nécessiteuse, « la nourrice payée de son enfant ». Et grâce à l'effort de persuasion poursuivi dans les consultations de nourrissons, les femmes allaitent leurs enfants dans une proportion de 85 % à 90 %.

Visiteuses à la maison.

La conception actuelle de l'hygiène et de la prophylaxie doit établir la lutte en dehors de l'hôpital. Pour qu'une consultation de nourrissons atteigne son maximum d'utilité, il ne suffit pas d'y décider les mères à soigner elles-mêmes leurs enfants, de leur prescrire et de leur expliquer les traitements nécessaires ; il faut encore être renseigné sur la façon dont le traitement est réalisé. La visite à domicile est donc le complément indispensable de la consultation et le rôle des visiteuses à la maison devient de plus en plus important. Le service social de l'Hôpital Saint-Antoine complète à ce point de vue l'œuvre du service médical par ses assistantes sociales. C'est au cours de leurs visites qu'elles peuvent facilement donner des conseils d'hygiène générale qui, sans avoir un caractère médical, seront cependant très utiles à la mère. Leur premier soin est de montrer la nécessité de fréquenter une consultation de nourrissons pour faire surveiller les tout-petits. Les visiteuses insistent devant les mères sur les avantages de l'allaitement au sein. Si l'allaitement artificiel, total ou partiel, est nécessaire, elle enseigne la pratique de la stérilisation du lait. Elle apprend et exige les soins de propreté, veille à l'habillement de l'enfant, à l'aération de l'appartement. Au moment du sevrage, elle montre à la mère à faire ses premières bouillies et ensuite elle dirige la première alimentation. En outre, chaque enfant est l'objet d'une enquête familiale, destinée à établir quelles sont ses conditions matérielles et morales et les besoins familiaux au double point de vue médical et social,

Au point de vue médical, la visiteuse interroge la mère sur les antécédents et se documente sur le milieu dans lequel vit l'enfant et sa mère. Elle fait souvent le dépistage des maladies contagieuses et héréditaires et dirige ensuite

les parents, avec leurs enfants suspects, dans les services spéciaux où ils doivent être examinés.

Au point de vue social la visiteuse donne à la femme tous les renseignements sur l'aide qui peut lui être accordée. Très souvent la mère nécessiteuse ne sait pas quelles sont les allocations auxquelles elle a droit, c'est la visiteuse qui lui indique les moyens de recevoir les primes d'allaitement, les secours aux familles nombreuses, etc. Par tous ces moyens et par son influence morale, elle empêche l'abandon et décide la mère à allaiter son enfant.

Ce travail de monitrice d'hygiène infantile demande beaucoup de tact et de dévouement, mais donne aussi les plus belles consolations dans la carrière de visiteuses d'hygiène.

CHAPITRE III

Statistique de la consultation de nourrissons pour l'année 1934.

A. — *Nombre total des enfants suivis à la consultation.*

898 cas suivis à la consultation pendant l'année 1934, c'est-à-dire s'étant présentés au moins trois fois à la consultation.

Parmi ces cas suivis ont été pris en charge 830 cas divisés en trois catégories :

a) Enfants pris en charge moins de 3 mois.....	130
b) ————— moins de 6 mois.....	163
c) ————— plus de 6 mois.....	537

B. — *Mortalité.*

Parmi ces 830 enfants, à relater 24 décès.

a) Sur les 130 enfants pris en charge, moins de 3 mois, 10 décès.

CAUSES :

Diarrhée cholériforme.....	1 G.	à 3 mois	Trousseau
Broncho-pneumonie.....	3 :	1 F.	à 5 — Salpêtrière
		1 F.	à 2 — Trousseau
		1 F.	à 3 — —
Débilité congénitale.....	2 :	1 Enf.	à 2 — —
		1 G.	à 2 — Trousseau
Hérédo-syphilis.....	1 G.	à 4 —	—
Suites opératoires.....	1 F.	à 4 —	—
Ostéomyélite.....	1 Enf.	à 3 —	—
Suite otite.....	1 G.	à 2 —	—

b) Sur les 163 enfants pris en charge, moins de 6 mois,
10 décès.

CAUSES :

Broncho-pneumonie 2 :	1 F. à 14 mois	Trousseau
	1 G. à 17 —	—
Méningite..... 3 :	1 Enf. à 9 —	—
	1 F. à 6 —	—
	1 G. à 6 —	méningite foudroyante
Rougeole.....	1 Enf. à 8 mois	Trousseau
Coqueluche.....	1 G. à 3 m. 1/2	—
Débilité congénitale...	1 Enf. à 4 mois	—
Otite.....	1 G. à 3 m. 1/2	—
Hydrocéphale.....	1 Enf. à 6 mois	—

c) Sur les 537 enfants pris en charge, plus de 6 mois,
4 décès.

CAUSES :

Broncho-pneumonie..... 2 :	1 F. à 8 mois	Trousseau
	1 G. à 8 —	—
Accidentellement.....	1 F. à 16 mois	(brûlée)
—	1 F. à 11 mois	—

C. — *Mode d'alimentation.*

Sur le nombre global de 830 cas, on trouve :

- a) A l'allaitement naturel au moins pendant 6 mois, 602 enfants, soit 72,53 % ;
- b) A l'allaitement mixte, 96 enfants, soit 11,56 % ;
- c) A l'allaitement artificiel, 132 enfants, soit 15,90 %.

D. — *Poids moyen des enfants.*

Nous avons essayé d'établir le poids moyen des enfants, d'une part nourris au sein, d'autre part artificiellement, pour savoir dans quelle mesure leur alimentation et surveillance étaient rationnelles. Dans ce but, nous avons pris

les dix premiers enfants suivant l'ordre alphabétique, à partir de la lettre A, nourris au sein et pesés à six mois. Nous avons procédé de la même façon pour une seconde série de dix enfants à partir de la lettre L. Ensuite nous avons cherché le poids moyen à six mois des dix premiers enfants nourris artificiellement.

a) Enfants nourris au sein à partir de la lettre A :

A. Robert,	pèse à 6 mois.....	7.950 gr.
A. Jacques,	—	7.800 —
A. André,	—	6.970 —
A. Jacques,	—	6.800 —
A. Marie,	—	6.850 —
A. Gracieuse,	—	6.850 —
A. Camille,	—	7.670 —
A. Madeleine,	—	6.650 —
A. Huguette,	—	7.100 —
A. Yvonne,	—	5 850 —
Total pour les 10 enfants.....		69.490 —
Moyenne sur les 10 enfants.....		6.949 —

b) Enfants nourris au sein à partir de la lettre L :

L. Colette,	pèse à 6 mois.....	7.620 gr.
L. Norbert,	—	8.600 —
L. Marcel,	—	8.900 —
L. René,	—	6.100 —
L. Claude,	—	7.000 —
L. Pierre,	—	6.600 —
L. Georges,	—	7.000 —
L. Pierre,	—	6.800 —
L. Monique,	—	5.100 —
L. Albert,	—	7.100 —
Total pour les 10 enfants.....		70.820 —
Moyenne sur les 10 enfants.....		7.082 —
Poids moyen à 6 mois sur 20 enfants nourris au sein		7.015 —

c) Enfants nourris artificiellement:

A. Gaston,	pèse à 6 mois.....	6.050 gr.
A. Jacqueline,	—	6.650 —
A. Paulette,	—	6.800 —
C. Marie,	—	6.670 —
C. Jacques,	—	6.950 —
C. Robert,	—	6.100 —
C. Roger,	—	6.850 —
D. Josette,	—	6.320 —
D. André,	—	6.600 —
D. Jean-Claude,	—	6.550 —
Total pour les 10 enfants,		65.540 —

Poids moyen à 6 mois sur 10 enfants nourris
artificiellement..... 6.554 —

**E. — Rapport annuel du Service social,
section de nourrissons pour l'année 1934.**

2.716 cas suivis,
2.806 visites à domicile,
63 démarches,
210 lettres écrites.

Placement d'adultes, 16 :

6 convalescentes,
1 mère nourrice,
4 femmes pour travailler,
5 divers.

Placement d'enfants, 53 :

25 nourrissons dont : 1 en pouponnière, 3 en crèche, 21 à l'hôpital.
19 enfants malades dont : 15 en préventorium, 4 divers.
9 enfants sains dont : 2 abris temporaires, 1 colonie de vacances,
6 divers.

Soins à domicile, 24.

Secours obtenus :

1 demi-tarif,
2 consultations juridiques,
8 régularisations du dossier d'assurances sociales,
31 vêtements,
49 layettes,
59 objets de layette,
1 lit,
17 colis d'épicerie,
4.209 francs.

27 malades signalés aux dispensaires de l'O. P. H. S.

187 dépistages.

166 malades aiguillés sur les services d'hôpitaux.

Chirurgie.....	12
Dermatosyphiligraphie	16
Laryngologie.....	38
Ophtalmologie	2
Divers.....	98

Résultats.

Pour se rendre compte de l'efficacité d'une consultation de nourrissons, il faut envisager :

- la diminution de la mortalité ;
- le pourcentage des enfants nourris au sein ;
- l'état général des enfants suivis.

Pour les 830 cas suivis pendant l'année 1934, nous avons 24 décès à noter, soit une mortalité de 2,89 %. Si nous la comparons avec la mortalité infantile en France, qui était en 1933 de 7,5 % et avec celle de Paris qui en 1932 était de 8,05 % (les chiffres de 1934 nous manquent), nous pouvons constater que notre consultation a porté ses fruits.

En ce qui concerne l'allaitement, 72,53 % des enfants, soit presque trois quarts des enfants, sont nourris au sein.

Le poids moyen des enfants nourris au sein à six mois est de 7.015 gr. Le poids moyen des enfants nourris artificiellement est de 6.554 gr. à six mois et, quoique un peu inférieur à celui des enfants nourris au sein, il est assez satisfaisant grâce à la bonne direction de l'alimentation et à la surveillance réalisées par la consultation et les assistantes visiteuses.

Ainsi étroitement surveillés, ces enfants ont franchi presque tous la période dangereuse des premiers mois. Mis en parallèle avec l'affreux tribut prélevé par la mort sur la petite enfance, ce gain certain d'existences prend toute sa valeur.

Conclusions.

1^o Le péril alimentaire (diarrhée cholériforme, dyspepsie et fautes d'hygiène alimentaire) est une des causes essentielles de la mortalité infantile, entraînant un tiers de la mortalité globale des enfants de 0 à 1 an ;

2^o Ce péril est réductible par les Consultations de nourrissons qui éduquent les mères, encouragent l'allaitement maternel et surveillent le développement normal des enfants ;

3^o La Consultation de nourrissons annexée à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine accomplit sa tâche, enregistrant pour l'année 1934 :

- a) sur 830 enfants, 24 décès, soit 2,89 % ;
- b) sur 830 enfants, 602 nourris au sein, soit 72,53 % ;
- c) un état général satisfaisant de tous les enfants qui suivaient régulièrement les consultations.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Annuaire statistique de la ville de Paris, 29-30-31.

Budin (P.). — Les consultations de nourrissons (Obstétrique, mai 1902).

Banu (G.). — L'hygiène sociale de l'enfance.

Couvellaire (A.). — Directives générales sur les moyens de combattre la mortalité des enfants du premier âge (Revue d'hygiène et de police sanitaire, 1921).

Debré (R.). — Enquête internationale sur la mortalité fœto-infantile.

Denis (E.). — L'assistance sociale dans la consultation de nourrissons à l'hôpital. Thèse de Paris, 1923.

Gavopthalidés (C.). — Contribution à l'étude de consultations de nourrissons (Clinique Tarnier, 1924-1925. Thèse de Paris, 1925).

Guillon (A.) et *Guilhaud (G.)*. — Protection des enfants du premier âge (Médecine sociale, t. XXXIII du Traité de Pathologie médicale et de thérapeutique appliquée).

Hosteing (L.). — Les consultations de nourrissons. Thèse de Paris, 1910.

Jarricot (J.). — Rôle social et pratique du fonctionnement des consultations de nourrissons et des gouttes de lait.

Lereboullet (P.). — L'assistance aux nourrissons en France et les conditions de la lutte contre la mortalité infantile (Revue médico-sociale de l'Enfance, janvier 1933).

Lecuque (H.). — La fondation Pierre-Budin. Thèse de Paris, 1913.

Lesage et Moine. — Etudes générales sur la mortalité infantile.

Lellouch (A.). — Fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine, 1930-1931. Thèse de Paris, 1931.

Marfan (A. B.). — Remarques sur la protection des nourrissons.

Mouriquand (G.). — Un programme de lutte contre la mortalité infantile (Journal de Médecine de Lyon, 20 févr. 1930).

Montreuil-Strauss. — La lutte contre la mortalité infantile (Hygiène sociale de l'enfance).

Merkel (A.). — Une consultation de nourrissons pendant les premiers mois de la guerre. Thèse de Paris, 1916.

Nobécourt (P.). — Consultation de nourrissons et goutte de lait (La pédiatrie pratique, 15 avril 1922).

Nobécourt (P.) et *Schreiber*. — Hygiène sociale de l'Enfance.

Rapport sur la statistique annuelle du mouvement de la population de la France au cours de l'année 1933 (5 juin 1934).

